

市立函館保健所
保健予防課 感染症・難病担当 行
F A X 3 2 - 1 5 2 6

令和8年度 函館市難病事例検討会（学習会） 参加申込書

勤務先・所属機関 _____

TEL _____

Mail _____

	ふりがな 氏名	職種
1 (参加代表者)		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
2		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
3		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
4		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）
5		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他（ ）

当日は、時間の都合上、質疑応答の時間を設けておりません。

講師へのご質問や、進行性神経難病患者へのコミュニケーション支援に関するご質問がございましたら、事前にご記入ください。

--

9月25日（金）までにF A Xでお申し込みください。